Le Numéro : 15 CENTIMES — 6 Novembre 1895. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

TRAVAUX DU CONGRÈS DE CHIRURGIE, séances du 25 et du 26 octobre. 437
LE RAPATRIEMENT DES TROUPES DE MADAGASCAR, par M. le Dr P. Langlois CLXIII

FACULTÉ DE MÉDECINE
Actes de la Faculté CLXII
Cours de la Faculté CLXII
Commissions des prix CLXII
Classement des stagiaires CLXII

HOPITAUX
Société médicale des hôpitaux CLXIII
Concours de l'internat CLXIII
Concours de l'externat CLXIII

FORMULAIRE PRATIQUE
Blennorrhagie. — Rhinite chronique. — Névralgie des diabétiques. — Vomissements consécutifs à la chloroformisation. — Zona. — Constipation. — Vers intestinaux. CLXIV

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. CLXV
Académie de médecine CLXV
Société de biologie CLXV
Société de méd. publique et d'hygiène professionnelle . . CLXV
Société médico-chirurgicale CLXVI
Sociétés étrangères. Allemagne. Autriche CLXVII

Répertoire thérapeutique CLXVII

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 13 novembre 1895, à 1 heure. — M. Lipski : Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie ; MM. Potain, Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette. — M. Thomas-Thoinesco : Etiologie générale des dermatoses ; MM. Landouzy, Potain, Netter, Gilles de la Tourette. — M. Douriez : Remarque sur le traitement actuel des métrites ; MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Broca, — M. Ducosté : De l'emploi de l'eau chaude en chirurgie ; MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Broca. — M. Maudet : Contribution à l'étude des déviations et des accidents d'évolution tardive de la dent de sagesse ; MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Broca. — M. Rousseau : De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux ; MM. Straus, Terrier, Lejars, Wurtz. — M. Gauchet : Contribution à l'étude du traitement des fractures du col du fémur principalement au point de vue du massage et de la mobilisation ; MM. Terrier, Straus, Lejars, Wurtz.

Jeudi 14 novembre 1895, à 1 heure. — M. Chinsky : Recherches expérimentales comparatives sur la mort des animaux à sang froid provoquée par l'inhalation de vapeurs de chloroforme et d'éther ; MM. Brouardel, Debove, Charrin, Marfan. — M. Roesch : Recherches et considérations sur le méningisme chez les enfants ; MM. Debove, Brouardel, Charrin, Marfan. — M. Cerf : Sur les vaisseaux sanguins des..... et des viscères ; MM. Panas, Cornil, Chantemesse, Thiery. — M. Aubineau : Essai sur l'application de la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie conjonctivale ; MM. Panas, Cornil, Chantemesse, Thiery. — M. Spaletta : Contribution à l'étude des anomalies de l'uretère ; MM. Cornil, Panas, Chantemesse, Thiery.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 novembre 1895. — 2e (Deuxième partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Retterer. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Fournier, Ricard, Sebileau. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Lejars, Walther. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Gaucher, Widal.

Mardi 12 novembre 1895. — 3e Oral (Première partie) : MM. Berger, Maygrier, Nélaton. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Mathias-Duval, Poirier, Thiery. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Le Dentu, Albarran. — 5e (Deuxième partie), Charité, (1re série) : MM. Debove, Charrin, Roger, — 5e (Deuxième partie), Charité, (2e série) : MM. Laboulbène. Menetrier, Achard.

Mercredi 13 novembre 1895. — 3e Oral, (Première partie) : MM. Pinard, Ricard, Walther. — 1er Chirurgien dentiste : MM. Pouchet, Sebileau, Poirier.

Jeudi 14 novembre 1895. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Poirier, Hartmann. — 3e Oral (Première partie) : MM. Duplay, Bar, Albarran. — 4e MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Farabeuf, Berger, Gley.

Vendredi 15 novembre 1895. — 3e (Deuxième partie) : MM. Potain, Widal, Gilles de la Tourette. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Ch. Richet, Retterer, Sebileau. — 5e (Première partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Broca.

Samedi 16 novembre 1895. — 2e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Hutinel, Gley. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Poirier, Thiery. — 5e Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nélaton, Hartmann. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Nélaton, Hartmann. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Raymond, Marfan. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu, (2e série) : MM. Laboulbène, Marie, Roger.

Cours de chimie médicale. — M. le professeur Gautier, membre de l'Institut, commencera le cours de chimie médicale le samedi 9 novembre 1895, à midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Applications de la chimie à la médecine, et en particulier à la physiologie.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. Charrin, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique médicale le lundi 11 novembre 1895, à 10 heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. — M. le professeur G. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 9 novembre 1895, à 10 heures, au pavillon Moïana, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Les mardis et samedis : Leçon sur les malades ; le jeudi : Technique clinique.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Duplay commencera son cours le vendredi 15 novembre 1895, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : *Lundi*, Visite et examen des malades (salles des hommes) ; *Mardi*, Leçon clinique et opérations (amphithéâtre de la Clinique) à 9 h. 1/2 ; *Mercredi*, Visite et examen des malades (salle des femmes) ; *Jeudi*, Opérations (Chirurgie abdominale ; *Vendredi*, Leçon clinique et opérations, amphithéâtre de la Clinique, 9 9 h. 1/2 ; *Samedi*, Exercices gynécologiques, Salle des femmes et salle du spéculum.

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir. — 1° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le Dr Cazin, chef de clinique. Mardi, à 5 heures (amphithéâtre de la Clinique).

2° Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le Dr Cazin. Jeudi et samedi, à 5 heures (amphithéâtre de la Clinique).

3° Conférences de gynécologie. Méthodes d'exploration gynécologique, par M. le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques. Lundi, à 5 heures (amphithéâtre de la Clinique).

4° Exercices de gynécologie. Examen des femmee par les élèves, sous la direction de M. le Dr Clado. Mercredi, à 5 heures (Salle du spéculum).

5° Conférences et exercices pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie, par M. le Dr Berdal, chef du laboratoire. Jeudi, à 11 heures (Laboratoire de la Clinique).

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 11 novembre 1895, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Clinique et opérations à 10 heures ; exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours le vendredi 15 novembre 1895, à 9 heures et demie du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours spécial aux élèves sages-femmes. — M. Bonnaire, agrégé, commencera ce cours le lundi 11 novembre 1895, à 4 heures et demie de l'après-midi et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ce cours aura lieu à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas : il est obligatoire pour toutes les élèves sages-femmes.

Commission des Prix. — *Prix Barbier* : MM. Gariel, Le Dentu, Tillaux, Pouchet, Terrier. M. Duplay, suppléant.

Prix Saintour : MM. Potain, Bouchard, Dieulafoy, Landouzy, Joffroy. M. Jaccoud, suppléant.

Prix Châteauvillard : MM. Potain, Laboulbène, Hayem, Gariel, Le Dentu, Straus. M. Panas, suppléant.

Prix Jeunesse (hygiène). — MM. Brouardel, Proust, Fournier, Pouchet, Debove. M. Raymond, suppléant.

Prix Jeunesse (histologie). — MM. Duval, Straus, Cornil, Fournier, Raymond. M. Landouzy, suppléant.

Prix de Thèses : MM. Brouardel, Hayem, Debove, Joffroy, Guyon, Terrier, Berger, Pinard, Ch. Richet, Gautier. MM. Cornil, Tillaux, suppléants.

Stage hospitalier. Enseignement des stagiaires.

I. — Services réservés aux stagiaires de 4e année (vétérans) pourvus de 12 a 15 inscriptions.

Médecine. — Services généraux : *Hôtel-Dieu*, Germain Sée, professeur ; (Charrin, agrégé suppléant) ; Cornil, professeur ; Ferrand ; Straus, professeur ; Proust, professeur.

Charité, Potain, professeur ; Constantin Paul, agrégé ; Gouraud.

Pitié, Jaccoud, professeur ; Robin, agrégé ; Faisans ; A. Petit.

Saint-Antoine, Hayem, professeur.

Services spéciaux : *Sainte-Anne* (mal. mentales), Joffroy, professeur.

Enfants-Malades (mal. des enfants), Grancher, professeur ; (Marfan, agrégé suppléant) ; J. Simon.

Saint-Louis (mal. cutanées et syphil.), Fournier, professeur.

Salpêtrière, (mal. nerveuses), Raymond, professeur.

Trousseau (mal. des enfants), Comby.

Chirurgie. — Services généraux : *Hôtel-Dieu*, Duplay, professeur ; Polaillon, agrégé.

Charité, Tillaux, professeur.

Pitié, Berger, professeur ; Reclus, agrégé.

Necker, Le Dentu, professeur.

Services spéciaux : *Hôtel-Dieu* (mal. des yeux), Panas, professeur.

Necker (mal. des voies urinaires), Guyon, professeur.

Enfants-Malades (mal. des enfants), de Saint-Germain.

Trousseau (mal. des enfants) ; Lannelongue, professeur.

II. — Services réservés aux stagiaires de 3e année (nouveaux) pourvus de 8 a 11 inscriptions.

Médecine. — *Necker*, Dieulafoy, professeur ; Rendu, agrégé ; Huchard ; Cuffer.

Laënnec, Landouzy, professeur ; Gingeot ; Merklen ; Oulmont.

Cochin, Chauffard, agrégé.

Broussais, Gilbert, agrégé ; Barth.

Saint-Antoine, Hanot, agrégé ; Letulle, agrégé ; Gaucher, agrégé ; Ballet, agrégé ; Siredey ; Tapret.

Lariboisière, Duguet, agrégé ; Troisier, agrégé ; Dreyfus-Brisac ; Landrieux.

Beaujon, Fernet, agrégé.

Tenon, Brault ; Barié ; Hirtz ; Galliard ; Mathieu ; Talamon ; Delpeuch.
Bichat, Roques ; Lacombe.
Charité, Moutard-Martin.

Chirurgie : *Necker*, Routier.
Cochin, Schwartz, agrégé ; Quénu, agrégé.
Broussais, Campenon, agrégé.
Broca, Pozzi, agrégé.
Saint-Antoine, Monod, agrégé ; Blum, agrégé.
Lariboisière, Peyrot, agrégé ; Reynier, agrégé.
Beaujon, Th. Anger.
Saint-Louis, Richelot, agrégé ; Nélaton, agrégé.
Bichat, Terrier, professeur.
Tenon, Gérard Marchant ; Félizet.

HOPITAUX

Société médicale des hôpitaux. — La *Société médicale des Hôpitaux* s'est réunie le lundi 4 novembre, pour discuter un article additionnel au règlement sur les consultations, proposé au Conseil de surveillance de l'Assistance publique par M. le directeur général. Cet article est ainsi conçu :

« Dans les hôpitaux où le service de la consultation de médecine et de chirurgie est confié à un assistant de consultation, les médecins et chirurgiens chefs de service comptant, à la date du 1er novembre 1895, dix années de service, depuis leur nomination au Bureau central et qui, avant l'application de l'arrêté du 2 mars 1895, faisaient régulièrement leurs consultations, pourront sur leur demande et après avis du Conseil de surveillance, être autorisés à faire une fois par semaine, le service de la consultation.

« Les assistants de consultation leur prêteront leur concours.

« La consultation devra commencer à 9 heures du matin.

« La répartition des malades admis par les médecins ou chirurgiens chefs de service autorisés à faire la consultation sera assurée par les directeurs des établissements conformément au § 6 de l'article XI.

« L'autorisation accordée en vertu du § 1er du présent article continuera à être valable au cas où l'assistant de consultation serait remplacé par un médecin ou un chirurgien des Hôpitaux, mais elle cessera de plein droit d'être valable et ne pourra être renouvelée par le fait du passage du chef de service dans un autre hôpital. »

Nous croyons savoir que cet article additionnel n'a satisfait personne, et qu'il a été, à l'unanimité, écarté par la Société. Celle-ci aurait en outre chargé M. Millard de défendre énergiquement ses intérêts auprès du Conseil de surveillance.

Plusieurs autres questions ont été agitées dans cette réunion.

Les médecins des Hôpitaux ont rappelé qu'ils avaient accepté avec plaisir la création des assistants de consultation, d'autant mieux que plusieurs d'entre eux avaient déjà demandé la création d'assistants, bien avant que l'Administration n'y eût songé.

Ils ont fait remarquer, tout en l'acceptant cependant, que le choix de 9 heures du matin pour l'ouverture des consultations était fort incommode ; car, à ce moment, l'état des lits vacants dans chaque service ne peut être connu.

Enfin, à l'unanimité, les médecins des Hôpitaux ont de nouveau protesté contre les circonscriptions hospitalières.

Il est inadmissible, en effet, que les malades pauvres ne puissent avoir, comme les malades riches, la faculté de choisir leurs médecins ; il faut leur conserver le droit de s'adresser aux chefs de service qu'ils désirent consulter, et celui d'entrer dans les services où ils ont été déjà soignés.

Evidemment, et quoi qu'en dise l'Administration, la création des circonscriptions hospitalières est une mesure anti-démocratique et absolument contraire aux intérêts des malades de la classe pauvre.

Internat et Externat.

Concours de l'Internat. — Deux erreurs s'étant glissées dans le compte rendu des notes d'anatomie de la séance du 31 octobre, nous les rétablissons :

Ont obtenu :

MM. Bernheim	15	MM. Duclos	8
Fresson	12	Castaigne	15
Pédeprade	15	Ghika	15
Rudeaux	13	Guizet	8
Labey	12	Griffon	12

La prochaine séance d'anatomie aura lieu demain jeudi 7 novembre, à 10 heures du matin, à la Charité.

La prochaine séance de pathologie est renvoyée à mardi 12 novembre à 4 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu, en raison d'une indisposition de M. Audhoui.

Concours de l'Externat. — Ont obtenu :

ANATOMIE.

Séance du 1er novembre. *Configuration extérieure et rapports de l'estomac.*		Séance du 4 novembre. *Crosse de l'aorte.*	
MM. Le Roux	13 1/2	MM. Bender	18
Imbault	13	Forné	9
Sainton	12	Haret	8
MM. Piot	15	MM. Belgrand	16
Maury	9	Gagey	13
Reynaud	16	Bricard	6
Lance	14 1/2	Dropet	15
Lequeux	14 1/2	Debret	14
Jos. Renaud	11	Devaux	10
Morfaux	13 1/2	Delbos	6
Ducoudray	7	Grandjean	8
Compain	7	Maur. Bloch	13
J. Vaillant	15 1/2	Dambrin	13 1/2
		Bussard	13
		Daverède	12
		Chomet	17
		Desgranges	14
		Froin	12

PATHOLOGIE

Séance du 4 novembre. *Ascite et ponction.*		Séance du 5 novembre. *Furoncle.*	
MM. Tausard	10	MM. Jullien	13
Lance	13	Jeannin	15
Dauchez	7	Loin	15
Maurice Bloch	14	Le Roux	13
Bonamy	7	Armand Lebreton	9
Bué	11	Masson	5
Jamet	13	Petit	8
Damberin	12	Paul Lebreton	16
Devaux	7	Thorel	13
Debret	14	Sébilleau	12
Bussard	8	Sainton	13
J. Vaillant	12	Reynaud	13
Duclaux	13	Reliquet	7
Monod	15	Piot	13
Lequeux	13	Morfaux	14
Laquerrière	11	Meret	12
		Maury	11
		Mathieu	13
		Debet de Lacrousille	9
		Murent	10
		Imbault	14

La liste des candidats militaires étant sur le point d'être épuisée, les candidats ordinaires de la série de M. ROBIN-MASSÉ à M. ZUAN sont invités à assister aux séances de la section de pathologie à partir de demain jeudi, et les candidats de la série de M. ABRANT à M. CASSIUS inclus sont invités à assister aux séances de la section d'anatomie à partir d'aujourd'hui ; il est rappelé aux candidats que tout candidat absent à l'ouverture d'une séance et n'ayant pas présenté d'excuses valables au jury à l'ouverture de la séance suivante est rayé des listes.

Les candidats sont donc invités à surveiller l'appel de leur série.

LE RAPATRIEMENT DES TROUPES DE MADAGASCAR

L'expédition de Madagascar peut être considérée comme terminée, en ce sens que la presque totalité des troupes de la guerre va rentrer en France ; le général Duchesne se proposant de garder seulement, en outre de la brigade d'infanterie de marine : 2 bataillons de tirailleurs algériens ; 1 batterie d'artillerie ; 2 compagnies du génie ; 3 compagnies du train.

La question du rapatriement reprend donc toute son actualité, aussi nous a-t-il paru intéressant de rechercher dans quelles conditions le retour de nos troupes va s'effectuer.

Déjà, à propos du rapatriement des malades et des convalescents, il a été beaucoup écrit. Les journaux politiques ont âprement critiqué le retour immédiat de ces hommes ; les chiffres donnés sur la mortalité pendant la traversée, ont vivement impressionné l'opinion publique. Il nous semble que, sur ce point, beaucoup d'erreurs ont été commises. Quand on consulte tous ceux qui ont pris part, soit aux expéditions militaires, soit aux entreprises industrielles (canal de Panama), on obtient, en effet, un avis unanime : le rapatriement immédiat est le seul remède.

Dernièrement, une note émanant de la Réunion, racontait, il est vrai, que sur les 777 hospitalisés dans les sanatoria de cette île, on n'avait eu à enregistrer que 5 décès, et que beaucoup d'hospitalisés avaient même pu rejoindre le corps expéditionnaire. Cette dernière phrase nous permet de croire que les soldats envoyés dans ces hôpitaux ne devaient pas être profondément atteints. On sait fort bien, qu'un séjour de deux mois, même dans les stations les plus saines, ne permet guère à un sujet touché par l'anémie coloniale, d'être en état de refaire immédiatement campagne.

Quoi qu'il en soit, en admettant que le rapatriement immédiat était le seul remède efficace, il faut se demander s'il a été fait jusqu'ici dans des conditions favorables et si, à l'heure actuelle, les navires chargés de ce transport, présentent toutes les conditions réclamées par l'hygiène.

* * *

La *Ville de Metz*, partie de Majunga le 27 septembre avec 700 malades, arrivait à Alger le 23 octobre, après avoir immergé 113 cadavres pendant sa traversée, soit 17 pour 100 de l'effectif et 5 décès par jour. Il n'y avait, paraît-il, à bord, qu'un médecin et deux vétérinaires, malades eux-mêmes.

Sur d'autres navires affrétés, la mortalité s'est élevée à 65, 70, 80 décès pendant la traversée, oscillant entre 10 et 14 pour 100, chiffres encore bien élevés.

Par contre, le *Djemnah* des Messageries maritimes, qui avait embarqué à Majunga 315 malades ou convalescents, n'a eu que 7 décès jusqu'à son arrivée en France, soit un chiffre inférieur à 2 pour 100.

Les chiffres bruts ne suffisent évidemment pas pour établir la comparaison, et il faut prendre en considération un certain nombre d'autres facteurs importants. Ainsi, la *Ville de Metz* transportait surtout des convoyeurs kabyles, presque tous porteurs d'ulcères aux jambes et se trouvant déjà avant leur embarquement dans des conditions déplorables, alors que sur le paquebot-poste des Messageries, on n'avait embarqué que des Européens ; mais, il n'en est pas moins vrai que cela n'explique pas cet écart énorme entre 17 pour 100 et 2 pour 100, et qu'il paraît juste de l'attribuer en partie à l'aménagement supérieur du paquebot-poste et peut-être aussi à sa vitesse plus grande, qui, non seulement diminuait la durée de la traversée, mais assurait également une ventilation plus énergique.

Avant d'aborder cette question capitale de la ventilation des navires, signalons encore un fait qui montre l'imprévoyance de l'administration de la guerre. A bord de la *Ville de Metz*, les décès entre Port-Saïd et Alger s'élevèrent au chiffre de 20, presque tous attribuables à des pneumonies prenant la forme infectieuse et foudroyante chez ces malheureux en état de misère physiologique et n'ayant pour tout vêtement que quelques morceaux de toile, peu aptes à les défendre contre les changements de température. Il a fallu cette constatation pour décider le gouvernement à faire expédier d'urgence 1.000 capotes prises dans les dépôts du IIIe à Toulon, jusqu'à Port-Saïd où l'aviso *Papin* est chargé de faire la distribution aux affrétés de retour, sans que ces derniers aient communication avec la terre. Précaution utile si, comme nous le signale une lettre particulière d'Ismaïlia, le choléra sévit actuellement en ce point du canal.

* * *

Passons maintenant à la question de l'aménagement des transports.

La marine française a fait construire, pour rapatrier les malades de l'Extrême-Orient, des navires spéciaux désignés sous le nom de Transports de l'Indo-Chine, tels que l'*Annamite*, le *Tonkin*, etc., capables de transporter 260 malades alités et 254 convalescents pouvant utiliser les hamacs. Ces navires sont admirablement installés, supérieurs même aux *troup-ships* des Anglais, éclairés par de larges sabords, possédant deux hôpitaux de 96 et 80 lits respectivement, salle d'hydrothérapie ; la ventilation y est assurée par des moyens multiples, etc., etc. Mais, comme le disait le médecin inspecteur Rochard, après avoir approuvé l'organisation de ces transports : « il est regrettable de les voir affecter parfois à des usages pour lesquels ils n'avaient pas été faits (transports de chevaux et de mulets), alors qu'on voit rapatrier par des paquebots affrétés, bien inférieurs à eux, des malades et des convalescents. » D'ailleurs, leur nombre eût été insuffisant.

Aussi, l'administration de la guerre a-t-elle dû, pour effectuer le rapatriement du corps expéditionnaire, affréter un certain nombre de paquebots ou, plus exactement, de cargo-boats. Elle estime à 10.000 le nombre d'hommes à ramener en France ou en Algérie, sur lesquels 3.000 sont considérés comme malades et ayant droit à un lit, les 7.000 autres étant considérés comme *valides*?

Ce chiffre de 3.000 malades nous semble bien faible ; car, au 15 septembre, après l'embarquement de 2.000 hommes, les hôpitaux de Madagascar renfermaient encore 7.137 alités, et, dans ce chiffre, les hommes que la colonne volante a pu laisser en route ou amener à Tananarive ne sont pas compris, ni ceux de Tamatave.

Quoi qu'il en soit, cinq navires sont destinés plus spécialement au transport des malades : *Cachar*, pour 600 places; *Notre-Dame-de-Salut*, deuxième voyage, pour 700 places; *Ville-de-Belfort*, pour 400 places; *Vercingétorix*, pour 581 places; *Cachemire*, pour 700 places; chacun ayant un tiers de ses places affecté aux malades alités.

Dix autres doivent ramener les hommes moins atteints ce sont : *Chandernagor*, 666 places; *Carolina*, 1,000 places; *Canarias*, 650 places; *Liban*, 650 places; *Hindoustan*, 725 places; *Amérique*, 650 places; *Colombia*, 575 places; *Italie*, 850 places; *Concordia*, 575 places; *Massilia*, 677 places.

D'après la charte-partie signée entre l'administration de la guerre et la Compagnie des Chargeurs Réunis, le cubage de place doit être réparti ainsi :

Valides	$2^{m3},75$
Convalescents	3^{m3}
Alités	6^{m3}

Le chiffre de $2^{m3},75$ est-il suffisant? La discussion si intéressante qui eut lieu au Congrès d'hygiène de Londres, en 1891, va nous fournir la réponse : Armstrong comparaît l'espace minimum attribué aux matelots de la marine marchande par le *Board of trade*, soit 72 pieds cubes $= 2^{m3},040$, à un cercueil : *a coffin*. Or, ce chiffre est bien près de celui accepté par la charte-partie, avec cette aggravation que le poste de l'équipage des navires marchands n'est jamais entièrement occupé, une partie des hommes étant de quart au moins à la mer, qu'il s'agit d'hommes bien portants, accoutumés à ce genre de vie, tandis que les rapatriés doivent être considérés, non comme des valides, mais comme des malades ou tout au moins des convalescents.

Etant données les conditions sanitaires dans lesquelles se trouvent ces rapatriés, il paraît bien téméraire de loger 1.000 hommes à bord du *Carolina* (ancien *Havre*), par exemple, navire dont nous avons pu apprécier les conditions de navigabilité pendant un embarquement comme médecin, à bord d'un navire semblable, le *Rouen*, chargé d'émigrants pour la Nouvelle-Orléans.

Le *Carolina* possède un spardeck de 2115^{m3} et un entrepont de 1190^{m3} soit un total de 3305^{m3}; mais comme il doit être aménagé pour recevoir 240 malades à 6^{m3} l'un, soit 1440^{m3}, il ne restait plus que 1865^{m3} pour les 760 restants, soit $2^{m3},45$ par homme. On a donc dû, pour obtenir le cubage exigé, *organiser une partie de la cale!* (2085^{m3}) afin d'y loger un certain nombre d'hommes.

C'est ici que se pose la question de la ventilation La commission de réception constate bien dans son procès-verbal que des manches à vent en nombre suffisant assurent l'aération. Mais, que devient cette ventilation quand le navire, filant 10 nœuds (c'est la vitesse admise par le traité), vitesse qui est plus souvent autour de 9, soit $4^{m},50$ à la seconde, marche avec un vent arrière ayant une vitesse de 4 mètres à la seconde : $4^{m},50 - 4^{m} = 0^{m},50$. Ajoutez le frottement de l'air contre les parois, au niveau des coudes et des éperons de bifurcation des conduits, et vous arriverez à un courant d'air nul.

Or, cette question de l'aération, toujours importante, prend une gravité extrême quand le cubage par homme est réduit à un minimum, comme celui exigé pour les hommes valides.

Pour ramener en France les conquérants de la grande île africaine, nous reconnaissons volontiers qu'il eut été difficile de transformer des cargo-boats en navires-hôpitaux; on ne pouvait guère non plus organiser à bord de ces navires un système d'aération analogue à celui mis en usage à bord des navires de guerre; il eut été téméraire de songer à utiliser les progrès accomplis dans l'industrie des machines frigorifiques pour refroidir soit l'air amené dans l'intérieur du bâtiment, soit les parois elles-mêmes, comme on a déjà tenté de le faire dans les soutes des navires de guerre et à bord des paquebots de la Peninsular and Oriental C^ie^; car les débilités et les malades tropicaux sont d'une sensibilité au froid étonnante, et il suffit, ainsi que nous le faisait observer dernièrement notre collègue Lapique, d'un abaissement thermique brusque de 2 à 4 degrés pour voir naître un refroidissement avec complications bonchiques : l'élévation de la mortalité à bord de la *Ville-de-Metz*, quand le navire eut quitté la mer Rouge, en est un exemple frappant.

D'autre part, on ne pouvait songer à réquisitionner les magnifiques navires des Messageries Maritimes chargés d'un service postal régulier, et dont le loyer eût été des plus coûteux. Mais, il nous semble qu'il eut été et qu'il serait encore possible de remédier au défaut d'organisation des navires affrétés. A tout prix, il faut diminuer l'encombrement. Il ne s'agit pas, bien entendu, de reculer le retour en France des soldats déjà si éprouvés, mais d'augmenter le nombre des navires et de mieux aménager ceux affrétés.

Il suffirait, en réalité, d'armer en plus un navire du type *Carolina*, capable de transporter 800 hommes et non 1.000 (chiffre actuel); ou mieux encore d'armer deux bâtiments du type *Canarias*, disposant d'un spardeck de 1.730 mètres cubes et pouvant embarquer chacun 500 hommes, et non 650, pour diminuer de 10 pour 100 le nombre d'hommes actuellement désigné par navire.

En outre, il serait facile d'installer à bord un certain nombre de ventilateurs à force centrifuge, hélicoïdaux ou autres, actionnés par une dynamo, comme il en existe sur un certain nombre de paquebots. La force motrice, pour mettre en mouvement ces ventilateurs, est très faible : quelques chevaux vapeurs suffisent pour actionner la dynamo-génératrice et ils peuvent être empruntés sans inconvénient à la machine du bâtiment qui est d'une valeur nominale de 1.500 chevaux au moins.

Cette réduction de 10 pour 100 dans le nombre des hommes embarqués suffirait peut-être, avec une ventilation bien comprise, pour atténuer les mauvais effets de l'encombrement à bord de ces transports d'occasion; mauvais effets dont l'administration semble s'être bien peu préoccupé. Un seul exemple, et il est typique, suffira à le prouver : la charte-partie prévoit l'installation de deux latrines (bouteilles, en style marin) par 100 hommes embarqués!

***

Nous terminerons cet article par un vœu. Le ministre de la guerre donne tous les ans une statistique détaillée et, en apparence tout au moins, sincère de la morbidité et de la mortalité de l'armée française; nous espérons, dans la prochaine publication, trouver la statistique concernant les troupes de la guerre employées à Madagascar. Quant à la marine, nous savons que, malgré un acte législatif formel et qui date, croyons-nous, de 1852, il n'a jamais été possible d'obtenir d'elle des chiffres exacts. Déjà, en 1889, M. Lagneau à l'Académie de médecine, à la suite de son étude sur la mortalité des marins et des soldats français dans les colonies, réclamait de l'administration de la marine, la publication des documents statistiques relatifs à la mortalité et à la morbidité aux colonies, analogues à ceux publiés en Angleterre; la marine a fait la sourde-oreille.

« La nation qui fournit les hommes, les Parlements qui décident de la prise de possession de telle ou telle contrée lointaine, sont en droit de connaître la dime mortuaire de chaque campagne, de chaque occupation territoriale. Dans notre pays, plus riche que populeux, il importe que l'évaluation précise des malades et des morts permette d'appliquer constamment les mesures hygiéniques les plus propres à en restreindre les proportions. Il importe de récompenser nos soldats, nos marins, proportionnellement aux dangers qu'ils courent pour étendre et maintenir au loin l'autorité de la France. »

P. Langlois,
Chef du laboratoire de physiologie.

FORMULAIRE PRATIQUE

Blennorrhagie.

D'après le D^r^ Blokusewski on peut éviter l'infection gonorrhéique en cas de coït avec une femme suspecte, en s'instillant dans l'urèthre, dans la fosse naviculaire, pas plus tard que quinze minutes après le coït, deux ou trois gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100. Pour plus de sûreté, il faut encore se laver avec la même solution de nitrate d'argent, le gland et le frein auxquels adhèrent les sécrétions vaginales suspectes dont les microorganismes, les gonocoques, peuvent plus tard passer fort facilement dans l'urèthre.

Rhinite chronique simple.

Le D^r^ Locutchiloff a pu récemment apprécier les bons effets des *badigeonnages de la muqueuse nasale avec une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100* dans certains cas de *rhinite chronique simple*, autrement dit de coryza chronique. Ce sont ces badigeonnages qui lui ont le mieux réussi dans le coryza qui persiste souvent après l'influenza. Dans ces cas, l'écoulement nasal est souvent tellement abondant, qu'il provoque un érythème de la lèvre supérieure.

Les badigeonnages, avec un pinceau trempé dans la solution de nitrate d'argent à 2 pour 100, doivent être faits toutes les trois heures. Avant le badigeonnage, le malade doit se moucher sérieusement et nettoyer, autant que possible, toute sa muqueuse nasale.

Dans certains cas, particulièrement pénibles, on peut faire faire en même temps des badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 pour 100. Ces badigeonnages sont également faits toutes les trois heures, mais de façon à mettre une heure d'intervalle entre le badigeonnage au nitrate d'argent et celui à la cocaïne.

Vomissements consécutifs à la chloroformisation.

M. Lewin signale un procédé fort simple destiné à supprimer ou du moins à diminuer les vomissements consécutifs à la chloroformisation. Le procédé consiste à appliquer sur la face une *compresse trempée dans le vinaigre*. On procède de la façon suivante :

On trempe un linge, de la grandeur d'une serviette dans du vinaigre ordinaire et on l'exprime de manière qu'il soit encore bien humecté; on le place alors sur la face du malade encore recouverte du masque. On retire ensuite celui-ci, de façon à empêcher autant que possible l'arrivée brusque de l'air, qui doit traverser le linge vinaigré avant d'être inspiré. Le linge doit être toléré aussi longtemps que possible, trois heures au moins. Il y a avantage à prolonger l'application pendant toute la journée, car on constate parfois la présence du chloroforme dans l'air expiré par les malades, plus de deux jours après la narcose.

Il arrive quelquefois que l'air de la chambre étant très sec, le linge se dessèche rapidement; il est alors important de renouveler le vinaigre en prenant les mêmes précautions qu'au début, c'est-à-dire en mettant le second linge vinaigré sur le premier et en retirant ensuite celui-ci de façon à empêcher l'arrivée brusque de l'air. Si l'application du linge était gênante, on pourrait le soutenir par un masque.

Ce procédé a été essayé à la clinique du professeur Thiriar (de Bruxelles). Sur 174 cas où il a été employé, dans 125 cas le succès a été complet, c'est-à-dire qu'il ne s'est produit de vomissements d'aucune espèce; dans 49 cas, il y a eu des vomissements, mais ceux-ci ont été en général légers et plutôt glaireux. Il y a lieu de faire remarquer aussi, qu'un certain nombre de malades ont vomi après l'application du linge vinaigré, parce qu'ils ne l'ont pas toléré pendant un temps suffisant.

Névralgies des diabétiques.

M. Alb. Robin recommande l'emploi de la poudre suivante :

Antipyrine	0.50	centigrammes.
Bromure d'ammonium	0.50	—
Chlorhydrate de cocaïne	0.01	—
Valérianate de caféine	0.02	—

Pour un cachet à prendre au moment des accès.

Vers intestinaux.

M. Newngton signale les effets vermifuges de l'iode employé sous la forme suivante :

Iode pur	0,75 centigr.
Iodure de potassium	2 gr. 25
Eau distillée	30 grammes.

A prendre 10 gouttes de ce mélange trois fois par jour, dans du lait.

Constipation.

Leube conseille comme laxatif :

Poudre de rhubarbe	30 grammes.
Sulfate de soude anhydre	15 —
Bicarbonate de soude	5 —
Essence de menthe poivrée	X gouttes.

A prendre le soir, une cuillerée à café dans un verre d'eau.

Zona.

D'après M. Albert Robin, on commencera toujours le traitement par l'administration d'un purgatif salin, le sulfate de soude de préférence. Les deux autres indications à remplir sont le traitement de l'éruption et le le traitement de la névralgie.

Pour ce qui est de l'*éruption*, on devra maintenir absolument sèche la région malade sur laquelle on appliquera une feuille de ouate recouverte de la poudre suivante qui calmera la douleur :

Poudre d'amidon	60 grammes.
Oxyde de zinc	15 à 20 gr.
Poudre de camphre	1 à 3 gr.
Poudre d'opium brut finement pulvérisée	1 gr.

Pour combattre la *névralgie qui précède et accompagne l'éruption*, on se trouvera bien de faire prendre au malade des pilules contenant :

Extrait de datura stramonium. } ââ 0 gr. 01
Extrait de jusquiame . . . . . }
Extrait de belladone. . . . . 0 gr. 005

pour une pilule.

Prendre quatre pilules par jour.

Si ces pilules n'amènent pas d'amélioration notable et ne diminuent pas la douleur, on administrera de l'antipyrine.

Enfin pour traiter la *névralgie consécutive à l'éruption*, on s'adressera à l'antipyrine, que l'on administrera en injections sous-cutanées.

On pourra aussi essayer des injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de soude.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

4 novembre 1895

Hérédité expérimentale. Déformations congénitales. — MM. Charrin et **Gley**. Depuis cinq ans nous poursuivons, sur l'influence exercée par les toxines viciées des descendants, une série d'expériences; ces expériences ont établi que des toxines injectées aux générateurs provoquent la stérilité, l'avortement, la mort avant terme, le marasme.

Actuellement, nous présentons des animaux nés d'un couple dont le mâle a reçu les produits du bacille du pus bleu.

Ces lapins sont dépourvus d'oreilles, de queues; le vagin est dévié chez une des femelles; les pattes postérieures se terminent par des moignons; les orteils font défaut.

Ces données prouvent que des agents chimiques peuvent influencer la descendance, en imprégnant les cellules; elles démontrent que les éléments somatiques, contrairement à l'opinion de Weissmann, agissent sur les rejetons; elles prouvent que divers poisons ont des propriétés analogues à celles du virus syphilitique; elles mettent en lumière le rôle si difficile à constater du père.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

5 novembre 1895.

Élections. — Élection de deux membres correspondants étrangers dans la 4e division.

1re élection : M. Nencki (de Saint-Pétersbourg) est élu par 53 voix sur 56 votants; il y a eu 3 bulletins blancs.

2e élection : M. Ludwig (de Vienne) est élu par 43 voix contre 1 à M. Bunge (de Bâle) et 1 bulletin blanc sur 45 votants.

Sur l'emploi des liqueurs hydrotimétriques pour le dosage de la chaux dans les eaux potables. — M. Brouardel lit une communication de **M. Charley**, d'où il résulte que les liqueurs hydrotimétriquss du commerce sont généralement mal dosées et donnent lieu à de grosses erreurs dans la mesure de la quantité de chaux contenue dans les eaux. Les chimistes devront préparer eux-mêmes les liqueurs hydrotimétriques qu'ils emploieront pour obtenir des résultats positifs dans leurs analyses.

Traitement chirurgical des abcès par congestion. — M. Jonnesco (de Buckarest) rapporte une observation de mal de Pott dorsolombaire compliqué de trois abcès par congestion : deux de ces abcès siégeaient au niveau des fesses; le troisième, au-devant du sacrum, était facilement accessible par le toucher rectal. Le traitement médical s'étant montré insuffisant, M. Jonnesco incisa largement les deux abcès fessiers et trépana le sacrum pour vider et curetter l'abcès présacré; puis, il établit un drainage à la Mickulicz dans chacune des cavités.

Le malade était guéri au bout d'un mois.

Ostéomyélite infectieuse aiguë d'origine blennorrhagique. — M. Viard (de l'Isle-sur-Serein) lit une observation d'ostéomyélite primitive infectieuse aiguë survenue chez un homme de trente-sept ans, et accompagnée de suppuration des épiphyses du fémur; après l'élimination des séquestres, la guérison est survenue.

Le malade n'ayant présenté dans ses antécédents aucune autre maladie infectieuse, M. Viard pense que le point de départ de l'infection doit être recherché dans une urétrite blennorrhagique.

Rapports sur les prix de l'Académie. — **M. Porak** lit un rapport de prix. Le sujet proposé était une question d'obstétrique au choix du candidat. Un seul mémoire a été envoyé sur les *angusties pelviennes*.

M. François-Franck lit un rapport de prix. Le sujet proposé était : *De l'activité respiratoire des muscles*. Trois mémoires ont été envoyés.

M. Hallopeau lit un rapport de prix sur l'*emploi comparé des iodures en thérapeutique*.

L'Académie se forme en comité secret pour discuter les conclusions des rapports de prix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

2 novembre 1895.

Sur le signe de Romberg. — M. Pierre Bonnier. Dans la recherche du signe de Romberg le sujet est placé debout dans un équilibre d'autant plus instable que son centre de gravité est plus élevé au-dessus de sa base de sustentation. Pour diminuer les sources périphériques de l'équilibration, on fait fermer les yeux; l'orientation visuelle est en effet la plus importante des sources objectives, et suffit dans bien des cas à commander et à assurer toute l'équilibration volontaire. Quant à l'orientation subjective directe, elle constitue ce que nous avons appelé *le sens des attitudes* comprenant à la fois et les images d'attitudes céphaliques dues aux analyses du nerf ampullaire de l'oreille interne, et les images d'attitudes segmentaires qui sont produites par la coordination d'impressions tactiles superficielles ou profondes.

Ce sens des attitudes est généralement confondu avec ce qu'on a appelé le *sens musculaire*, c'est-à-dire le sens de la contraction musculaire. On confond en effet, communément en clinique, la sensation primitive de la déviation et celle de l'effort qui intervient pour la combattre, la sensation de la perte de l'équilibre et celle de sa recherche. Au niveau du pied, les oscillations du corps déterminent des perceptions d'oscillations de la jambe sur le pied, et nous donnerons, pour simplifier, le nom de *sens pédieux* à tout ce qui définit l'attitude réciproque de la jambe et du pied dans la station debout. Mais les perceptions de ce sens pédieux sont forcément assez obtuses et limitées par des écarts légers.

Il en est tout autrement de l'appareil ampullaire de l'oreille interne. C'est à son niveau que les écarts sont le plus sensibles et l'on sait que cet appareil est extérieurement très délicat.

En résumé, dans le signe de Romberg, le secours de la vue étant supprimé, c'est l'insuffisance du sens des attitudes dans la station debout, qu'il s'agit de reconnaître. Quatre cas peuvent se présenter :

1° Le sujet n'éprouve aucune oscillation et n'a pas à rectifier l'attitude. C'est-à-dire que ses images d'attitude (sens ampullaire et sens pédieux) sont si nettes qu'il approprie exactement, correctement et constamment sa motricité au maintien de l'équilibre. Il n'a pas le signe de Romberg;

2° Il oscille plus ou moins, mais parvient à corriger ses écarts d'attitude et garde l'équilibre. Quand ses oscillations deviennent incompatibles avec l'équilibre réel, elles s'imposent à la vigilance ampullaire, et le sujet qui ne savait pas vouloir correctement l'équilibre absolu, sait néanmoins corriger les écarts grossiers. C'est le signe de Romberg compensé, Cette forme est de règle dans beaucoup d'affections de l'appareil labyrinthique périphérique ou central. Je l'ai souvent isolé chez les tabétiques supérieurs;

3° Quand l'irritation labyrinthique est considérable, le sujet est en proie à des illusions du sens ampullaire qui lui font dépasser la mesure des oscillations compatible avec l'équilibre. Le tabétique présente le signe de Romberg en qualité de sujet dont l'appareil ampullaire se trouve lésé. Ce qui le distingue est l'incoordination motrice qui apparaît quand il doit avoir recours au sens des attitudes pédieuses qui lui manque;

4° Quand il y a abolition simultanée du sens ampullaire et du sens pédieux, le sujet tombe sans le sentir.

En résumé, dans le signe de Romberg, nous pensons que la perte de l'équilibre est toujours due aux lésions de l'appareil ampullaire ou de ses noyaux et conducteurs; car ce signe apparaît presque constamment dans le cas d'insuffisance ou d'irritation labyrinthique, si fréquent, d'ailleurs, chez les tabétiques.

Sérum anticharbonneux. — M. E. Marchaux. Je me suis attaché, dans le laboratoire de M. Roux et sous sa direction, à rechercher si, sans le secours d'une toxine et par une immunisation très forte contre la bactéridie charbonneuse en cultures très virulentes, il n'était pas possible de donner aux animaux des propriétés particulières de leur sérum.

J'ai pu me convaincre qu'un lapin, auquel on a fait supporter douze injections de 1 centimètre cube de culture en bouillon d'un charbon dont 1/4 de centimètre cube tue un lapin de 2 kilogrammes en vingt-quatre heures, possède un sérum nettement préventif.

Abandonnant le lapin comme animal producteur de sérum, je me suis adressé à des moutons que j'ai véritablement saturés de cultures charbonneuses.

Non seulement ce sérum est préventif, mais encore il est curatif. La guérison demeure possible tant que l'œdème ne s'est pas encore établi d'une façon très manifeste. Dès que celui-ci devient perceptible à la main, il est trop tard.

Si le sérum se montre impuissant dans ces circonstances, cela tient à ce qu'ici on n'a plus affaire à un sérum antitoxique, mais à un liquide dont l'action se manifeste par une excitation toute spéciale des phagocytes qui acquièrent le pouvoir d'englober et de détruire rapidement les bactéridies charbonneuses. On peut s'en convaincre en prélevant de temps en temps un peu de l'exsudat au point d'inoculation et en en faisant des préparations colorées.

Ainsi donc, le sérum des animaux fortement immunisés contre le virus charbonneux est préventif et curatif, et c'est par l'activité spéciale qu'il communique aux phagocytes que s'exerce tout son pouvoir.

Le sérum que je possède n'a pas le degré d'énergie auquel j'espère l'amener plus tard, car les animaux en traitement réagissent toujours aux inoculations nouvelles; mais déjà, les résultats que j'ai obtenus chez le lapin où la maladie charbonneuse se généralisa toujours, me font espérer qu'on pourra employer avec succès ce mode de traitement chez l'homme où le charbon reste longtemps localisé à la pustule maligne.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance d'octobre.

Sur les selles de bicyclette. — M. Bouloumié, après tant d'autres, nous présente une nouvelle selle de bicyclette qui répondrait aux desiderata des hygiénistes et des cyclistes. Les médecins, en effet, signalent les dangers que présente le bec de la selle ordinaire : légèrement relevée, elle vient comprimer le périnée; tous les chocs transmis jusqu'à la selle arrivent sur cette région et déjà on signale de nombreux cas de froissements, de déchirure du canal de l'urèthre. Dans la position penchée qu'affectionnent les coureurs, cette compression devient quelquefois permanente. On a donc proposé la suppression du bec et un certain nombre de sellettes ont été construites dans ce but; mais amateurs et professionnels reprochent à leur tour à ces selles sans bec de ne pas assurer la stabilité en marche, d'entraîner, par suite, une dépense d'efforts et d'attention continue qui amène rapidement une fatigue exagérée.

La selle issue des expériences de l'orateur est une selle de transition. La base est large, les ischions trouvent leur emplacement assuré, dessiné même, de manière à donner une assiette normale et le bec est remplacé par deux courroies élastiques, laissant en leur milieu un espace vide au niveau du périnée; une poire en caoutchouc à l'extrémité du bec est encore destinée à amortir les chocs imprévus.

Malheureusement, cette selle nous a paru un peu lourde et surtout disgracieuse; peut-être ces deux défauts, inhérents au modèle primitif pourront-ils disparaître ?

Hygiène des crèches. — M. Napias. Déjà, en 1891, M. Napias avait appelé l'attention sur la mauvaise situation, au point de vue de l'hygiène, d'un certain nombre de crèches; il revient aujourd'hui sur cette question, et malheureusement, les critiques qu'il formulait alors sont encore, pour beaucoup de crèches, très justifiées.

Le nombre des crèches a augmenté. A Paris, de 1891 à 1895, il passe de 46 à 58. Dans les départements, de 118 à 147. Mais, un certain nombre a tellement donné lieu à la critique que quelques médecins, et parmi eux, le Dr Hutinel, demandent leur suppression. Moyen radical et peu heureux, croyons-nous.

M. Napias est loin de partager cet avis; toutefois, les conditions qu'il réclame pour le bon fonctionnement d'une crèche doivent nécessairement en limiter le nombre, et la Société des crèches et quelques membres de la Société de médecine, chargés eux-même de l'inspection ou de la surveillance de crèches lui font remarquer les difficultés d'application des desiderata formulés par lui. Local d'isolement pour les enfants douteux, susceptible d'être désinfecté chaque fois. Séparation par un espace raisonnable des salles de repos et des salles de récréation. Désinfection bijournalière des vêtements. Individualité absolue pour tous les objets de toilette : peigne, brosse, serviettes, etc. Lait stérilisé, Instruction du personnel par des conférences hebdomadaires faites par les médecins, etc.

Parmi ces desiderata, les uns s'imposent et sont, en réalité, d'une application relativement facile : peigne et brosse réservés pour chaque enfant; les autres sont souvent difficiles. L'espace manque. Une étuve à désinfection est chère d'achat, son fonctionnement continu est également très onéreux. Le personnel subalterne est très ignorant et très inférieur à tous points de vue, parce qu'il est mal payé; les mères elles-mêmes rendent difficile l'application de certaines mesures d'hygiène, et quand on relève les registres de morbidité, on voit le chiffre s'élever singulièrement le lundi, résultat de l'hygiène déplorable suivie le dimanche à la maison.

En réalité, et dans cette discussion entre MM. Napias, Drouineau, Mangenot, Lejanne, le désaccord est plus apparent que réel. Tous reconnaissent l'insuffisance d'instruction du personnel et aussi des mères, la difficulté avec les faibles ressources des crèches de réaliser les conditions idéales; les mères payent généralement 15 à 20 centimes par jour, et le prix de journées oscille entre 1 franc et 1 fr. 15. Les crèches municipales seules peuvent assurer ces charges; l'initiative individuelle peut créer, mais avec ses ressources forcément limitées, difficilement entretenir dans les conditions réclamées.

Signalons encore, dans la communication de M. Napias, l'idée d'annexer une crèche aux écoles primaires supérieures de filles et aux écoles normales d'institutrices : excellente leçon de chose vivante pour les futures institutrices ou mères de famille. Enfin, le vœu de voir se

développer en France, des crèches rudimentaires *de passage*, auprès des lavoirs, comme il en existe déjà en Amérique.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

29 octobre 1895

Abcès latent du cervelet consécutif à une otite chronique suppurée. Trépanation. Mort. — **M. L. Monnier**, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. Parmi les affections qui causent au chirurgien de désagréables surprises il faut ranger l'otite chronique suppurée, non pas en elle-même, mais par les complications intracraniennes auxquelles elle est sujette, aussi nous semble-t-il intéressant et utile de publier les cas de ce genre : en voici un dont nous avons été témoin il y a quelques mois.

La jeune A..., âgée de douze ans, entre le 7 avril dernier dans notre service d'enfants. D'une bonne santé générale, elle est atteinte depuis sa première enfance d'une otorrhée gauche, dont on s'occupait peu et seulement de temps à autre.

Il y a une quinzaine, elle a eu l'influenza et trois jours avant son entrée, le 4 avril, l'écoulement de l'oreille s'est subitement arrêté en même temps que survenaient de la fièvre et de violentes douleurs dans la région auriculaire sans toutefois s'accompagner de délire : la veille de son entrée la température atteignait, le soir, 40°,4. Dans la nuit du 7 au 8 elle ne cessa de s'agiter et de gémir, torturée par les douleurs dont la région auriculaire était le siège. A notre visite, le 8 au matin, nous la trouvons dans l'état suivant : elle est couchée en chien de fusil, la face au mur, sur le côté sain ; elle s'agite fréquemment et se plaint de souffrances intolérables dans les régions rétro et sus-auriculaire ; à l'inspection, rien de particulier, pas de rougeur, pas d'œdème ; à la palpation un simple point douloureux au niveau de l'antre mastoïdien ; le conduit auditif est sec, il s'en dégage une légère odeur fétide.

L'intelligence est intacte ainsi que la motilité, du moins l'enfant remue tous ses membres ; le pouls est régulier, à 120 ; la température qui était hier au soir à 38°,8 est à 38°,6.

En présence de cet état, malgré l'absence d'œdème inflammatoire mastoïdien, nous sommes convaincu que les cellules mastoïdiennes sont pleines de pus et que celui-ci a dû fuser sous la dure-mère, irritant les méninges et produisant par là même les phénomènes méningiformes observés.

Séance tenante, l'enfant est chloroformée : lavages antiseptiques soignés de la région et nettoyage de l'oreille qui contient beaucoup de pus concret et fétide. Nous procédons alors à la trépanation de l'apophyse mastoïde d'après la technique habituelle, si bien exposée par le Dr Ricard dans la *Gazette des hôpitaux* en 1889 : incision curviligne en arrière du pavillon de l'oreille ; désinsertion de ce pavillon ; seconde incision, horizontale, partant de la précédente au niveau de la voûte du conduit auditif osseux ; dénudation de l'apophyse mastoïde. A 5 ou 6 millimètres du bord postérieur du conduit auditif sur la ligne de la seconde incision, nous appliquons une étroite gouge ; à peine à l'aide de quelques petits coups de maillet, a-t-elle soulevé la lamelle osseuse recouvrant les cellules mastoïdiennes qu'un flot de pus fétide fait irruption ; une seconde application enlève une rondelle de 5 à 6 millimètres de diamètre. Après avoir épongé le pus et un peu arrondi l'orifice à l'aide d'une gouge à main nous perforons lentement, prudemment, la paroi profonde de la cavité mastoïdienne, friable du reste et ramollie ; à 2 cent. 1/2 la résistance osseuse cesse, nous sommes nettement sur la dure-mère ; une sonde cannelée éprouve une résistance fibreuse que nous ne croyons pas devoir vaincre, la quantité de pus qui s'est écoulée indiquant bien qu'il se trouvait non seulement dans les cellules mastoïdiennes, mais encore dans l'espace sous dure-mérien.

Lavages abondants au sublimé au millième : drain, sutures partielles, bourrage du conduit auditif avec la gaze iodoformée ; pansement iodoformé de la plaie.

Au réveil, soulagement absolu, calme complet, pas la moindre douleur, pas de vomissements. Le soir, température 37°,3.

9 avril. — Nuit excellente ; T° 37 degrés, l'indolence persiste, mais l'enfant est somnolente, ne répond aux questions que quand on la presse : pas de paralysie des membres, mais léger degré de trismus. — T° s. 37°,2.

10 avril. — La somnolence a augmenté, le regard est fixe, la malade ne répond plus aux questions. T° 37 degrés : pouls fréquent mais régulier. Pas de paralysies, mais trismus tel que la déglutition est très difficile. — Le pansement est enlevé : à peine un léger suintement, ablation du drain ; cathétérisme prudent ; la sonde est toujours arrêtée par un obstacle fibreux à 3 centimètres environ. — Lavages antiseptiques ; même pansement.

L'enfant décline peu à peu et s'éteint sans souffrances le soir à 5 heures.

Autopsie. — La boîte cranienne ouverte, on ne voit rien sur le cerveau ; mais, en incisant la tente du cervelet, à son insertion sur le bord supérieur du rocher il s'écoule du pus séreux, fétide : le cervelet enlevé, on constate que son lobe gauche est volumineux, fluctuant ; sur son bord antérieur est un orifice par où une légère pression fait sourdre du pus ; une incision en ce point met à jour un volumineux abcès qui occupe l'hémisphère gauche du cervelet.

En remettant les organes en place, on se rend aisément compte que le stylet pénétrant par l'orifice de trépanation s'engageait dans la perforation de la tente cérébelleuse ; mais, comme elle était étroite et coudée il ne la traversait pas.

En disséquant avec précaution le sinus latéral, nous voyons qu'il est rempli par un caillot fibrineux au voisinage de la perforation de la dure-mère, cruorique dans le reste de son étendue, mais cependant assez adhérent aux parois du canal.

Enfin, comme on peut le voir par la pièce que nous vous présentons, la trépanation pratiquée suivant les règles posées par Ricard a permis à l'instrument et d'ouvrir l'antre mastoïdien et l'espace sous-dure-mérien sans intéresser le sinus, quoiqu'en rasant celui-ci ; c'est donc bien là le véritable lieu d'élection pour cette opération.

Telle est cette observation qui, comme nous le disions en commençant, montre les surprises que réservent au chirurgien les otorrhées négligées, et la difficulté, l'impossibilité même de diagnostiquer le siège des lésions intracraniennes.

Après l'évacuation non douteuse d'un foyer sous-dure-mérien, après la chute de la température et la cessation des douleurs, en l'absence de signes de localisation cérébrale, t'étions-nous en droit d'ouvrir plus largement la boîte cranienne, et d'inciser les méninges ? nous ne le pensâmes pas alors. D'ailleurs, dans quel sens diriger la brèche cranienne ? en haut, au-dessus du conduit auditif, pour aller ponctionner le lobe sphénoïdal du cerveau, siège habituel des abcès latents d'origine otique ? Mais ici, c'était l'échec certain : ce lobe étant absolument sain.

Néanmoins, il nous semble que l'on doit tirer quelque enseignement de ce fait et que, instruit par l'expérience, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

1° Lorsqu'après une trépanation suivie d'une amélioration réelle, on voit survenir des accidents cérébraux mais sans phénomènes de localisation dans les hémisphères cérébraux c'est vers le cervelet qu'il faut chercher le pus ;

2° La brèche osseuse devra, dans ce cas, être faite en arrière ; elle intéressera vraisemblablement le sinus latéral, mais, comme chez notre malade, un caillot fibrineux permettra sans doute assez souvent de passer sans trop d'hémorrhagie.

3° Cette brèche devra également se diriger en bas, attendu que le cervelet est placé en déclivité dans la decubitus dorsal et que, par là même, l'écoulement du pus se fait difficilement.

Des rapports de l'alcoolisme avec l'hépatisme et avec la tuberculose. — **M. E. Gautrelet.** Nous avons profité du séjour en Angleterre que nous offrait la mission qu'avait bien voulu nous confier le ministre de l'Instruction publique dans le but d'étudier l'enseignement de l'urologie dans les Universités de la Grande-Bretagne, pour compléter notre instruction personnelle au point de vue des rapports du fonctionnement du foie soit avec l'alcoolisme proprement dit, soit avec les états morbides pouvant dériver de l'alcoolisme : la tuberculose plus particulièrement.

Ainsi, nous avons pratiqué dans les divers hôpitaux de Londres un certain nombre de dosages spectroscopiques de l'urobiline en les comparant à la fois à la docimasie acidimétrique et à la densimétrie des mêmes urines examinées.

Or, sur 40 cas environ que nous avons eu à notre disposition, nous avons trouvé les chiffres suivants :

I. Adultes.

A. *Alcoolisme proprement dit.*

N°s	Éléments fixes gr.	Acidité (en PhO^5) gr.	Urobiline gr.
1	33.68	4.82	0.65
2	47.87	3.61	0.77
3	56.80	3.46	0.72
4	82.10	5.16	1.24
5	68.16	3.37	0.94
6	77.22	3.20	0.79
7	80.25	4.64	1.84
8	29 26	1.56	0.49
9	62.18	3.02	0.88
10	63.86	6.38	0.80
11	42.40	4.18	0.63
12	46.66	3.77	0.81
13	43.14	4.20	0.95
14	71.12	4.84	1.33

B. *Tuberculoses évoluant chez des alcooliques.*

N°s	Éléments fixes gr.	Acidité (en PhO^5) gr.	Urobiline gr.
15	66.82	2.08	0.86
16	22.17	1.62	0.38
17	33.90	1.84	0.36
18	26.42	0.61	0.41
19	61.14	1.67	0.66
20	57.33	1.87	0.79
21	67.02	2.16	0.81
22	28.14	0.85	0.56
23	69.20	1.18	0.77
24	67.62	1.72	0.88
25	55.11	1.60	0.61

II. Enfants.

A. *Tuberculoses viscérales évoluant chez les enfants d'alcooliques.*

N°s	Éléments fixes gr.	Acidité (en PhO^5) gr.	Urobiline gr.
26	27.16	1.11	0.68
27	32.11	2.16	0.61
28	18.10	0.67	0.47
29	38.89	1.62	0.42
30	43.57	2.46	0.81
31	29.18	2.10	0.39
32	51.14	1.63	0.58
38	57.30	3.91	0.77
34	28.22	2 24	0.47
35	26.64	1.47	0.44

B. *Tuberculoses à manifestations autres que viscérales évoluant chez les enfants d'alcooliques.*

N°s	Éléments fixes gr.	Acidité (en PhO^5) gr.	Urobiline gr.
36	31.41	2.96	0.61
37	30 60	5.14	0.48
33	81.22	4.10	0.96
39	61.44	3.45	0.63
40	39.88	3.16	0.43
41	47.12	3.67	0.49

Chiffres qui, si nous prenons les moyennes et les rapports des moyennes entre elles, puisque n'ayant pas eu en mains tous les éléments pour établir nos coefficients biologiques ni nos chiffres absolus d'excrétion, nous ne pouvons songer à la comparer avec les normales proprement dites, donnent :

I. Adultes.

A. Alcooliques proprement dits : 15 *cas.*

Éléments fixes : 57gr,51.

Acidité. . . 4gr,30 au lieu de $\frac{57.51 \times 3}{100} = 1.73 = 248$ 0/0

Urobiline. . 0gr,92 — $\frac{57.51 \times 1}{100} = 0.58 = 158$ 0/0

B. Tuberculeux alcooliques : 11 *cas.*

Éléments fixes : 53gr,96.

Acidité. . . 1gr,63 au lieu de $\frac{53.96 \times 3}{100} = 1.62 = 100$ 0/0

Urobiline. . 0gr,62 — $\frac{53.96 \times 1}{100} = 0.54 = 114$ 0/0

II. Enfants.

A. Tuberculoses viscérales : 10 *cas.*

Éléments fixes : 35gr,23.

Acidité. . . 1gr,94 au lieu de $\frac{35.23 \times 3}{100} = 1.06 = 183$ 0/0

Urobiline. . 0gr,56 — $\frac{35.23 \times 1}{100} = 0.35 = 160$ 0/0

B. Tuberculoses non viscérales : 6 *cas.*

Éléments fixes : 48gr.61.

Acidité. . . 3gr,74 au lieu de $\frac{48.61 \times 3}{100} = 1.46 = 256$ 0/0

Urobiline. . 0gr,60 — $\frac{48.61 \times 1}{100} = 0.49 = 122$ 0/0

C'est-à-dire que des 41 cas de manifestations morbides liées à l'alcoolisme que nous avons pu examiner sérologiquement — sommairement bien entendu, et avec le procédé clinique de la densimétrie par rapport au dosage des éléments fixes[1] — nous avons trouvé le rapport de l'urobiline aux éléments fixes, supérieur à la normale.

Adultes	Alcoolisme proprement dit	158 pour 100.
	Tuberculeux alcooliques .	114 pour 100.
Enfants	Tuberculoses viscérales. .	183 pour 100.
	Tuberculoses anti-viscérales	122 pour 100.

c'est-à-dire que dans tous ces cas nous avons trouvé un fonctionnement hépatique anormal.

Alors que dans ces mêmes cas, l'acidité variait pour les adultes : de 2,48 pour 100 dans les cas de manifestations de l'alcoolisme autres que la tuberculose, cirrhose, dyspepsies, artérite, scléroses, affections cardiaques, etc.) à 100 pour 100 seulement en cas de manifestations tuberculeuses secondaires, conformément à nos exposés précédents.

Et que, pour les enfants, cette même acidité se maintenait constamment élevée : 183 pour 100 et 256 pour 100 dans les manifestations morbides, toutes tuberculoses que nous avons constatées chez les enfants d'alcooliques

1. Nous rappellerons ici que le rapport normal de l'urobiline aux éléments fixes dans l'excrétion urinaire est physiologiquement de 1 pour 100 tandis que le rapport de l'acidité totale (exprimée en PhO^5) est, dans le même cas, de 3 pour 100. — Cf. : *Urines, dépôts, sédiments, calculs.* J.-B. Baillière et fils, Paris, 1889, par E. Gautrelet et nos articles de 1893, 1894, 1895, en ce genre, ni *Revue des maladies de la nutrition.*

conformément toujours à ce que nous n'avons cessé de répéter antérieurement.

D'où il résulte comme conclusions :

1° Que l'alcoolisme engendre toujours des manifestations extraphysiologiques du côté du foie.

2° Que ces manifestations extraphysiologiques du côté du foie d'origine alcoolique ont parfois des retentissements du côté des poumons (par stase secondaire) créant et la porte d'entrée à l'infection bactérienne tuberculose, et un terrain de culture favorable à la prolifération bactérienne du bacille rectiligne de Koch.

3° Que les manifestations alcooliques sont chez les adultes cependant plutôt générales (cirrhose, etc.) que spéciales (tuberculose).

4° Qu'au contraire les manifestations alcooliques sont chez les enfants, héréditaires d'alcooliques, toujours spéciales (tuberculoses) et que cette spécialisation est presque toujours localisée aux organes viscéraux.

Toutes choses que nous connaissions et soutenions antérieurement à notre séjour en Angleterre, à notre visite aux services hospitaliers anglais ; mais que nous avons été très heureux de confirmer en une étude spéciale sur un terrain choisi ; toutes choses encore qu'il n'est jamais trop bon de répéter.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

La Société de médecine berlinoise a repris depuis quinze jours ses séances régulières, mais il faut convenir que les communications, du moins les premières, se ressentent encore du cortège de Congrès que nous avons eu à suivre durant les dernières vacances. Plusieurs communications méritent pourtant d'être relevées.

Nous citerons en premier lieu la communication de **Ewald** sur **un cas d'anémie pernicieuse guéri par la transfusion**. C'est l'histoire d'un homme de trente-deux ans, arrivé la veille d'Amérique et qui tombe malade à l'hôtel où il était descendu. Appelé auprès du malade, Ewald le trouve dans un état de collapsus complet avec respiration superficielle, pouls filiforme, etc., faisant craindre à chaque moment l'issue fatale. Il fait transporter le malade à l'hôpital et là, quand tous les essais de ranimer le malade par les injections de camphre, d'éther, échouent, on fait la transfusion de 85 centimètres cubes de sang fournis par la femme du malade. L'effet de la transfusion se fait sentir presque immédiatement ; le pouls se relève, la respiration devient plus profonde, la face se colore ; puis, le lendemain, le malade ouvre les yeux, commence à parler, reconnaît son entourage. L'amélioration ne fait que s'accentuer les jours suivants. Au troisième jour, l'examen du sang donne 1.250.000 hématies par centimètre cube de sang et 29 pour 100 d'hémoglobine ; mais, lorsque l'examen a été refait trois semaines plus tard, au retour du malade d'un voyage, les deux chiffres ont triplé.

L'amélioration survenue après la transfusion est donc très réelle, et elle s'est maintenue malgré les troubles digestifs et malgré une glossite folliculaire qui rendaient l'alimentation fort difficile. Quant à la façon dont la transfusion a agi dans ce cas, Ewald ne semble pas loin de considérer cette anémie pernicieuse comme l'effet d'une autointoxication et d'attribuer l'action miraculeuse de la transfusion aux propriétés antitoxiques du sang transfusé.

Heller a ensuite fait part à la Societé de ses recherches sur l'**albuminurie chez les syphilitiques soumis au traitement mercuriel**. Il a fait 4.394 examens d'urine chez 201 syphilitiques hommes et 79 syphilitiques femmes, et trouvé de l'albuminerie, parmi les syphilitiques hommes, chez 4 pour 100 des malades traités par les injections de sublimé, chez 28 pour 100 des malades traités par les frictions mercurielles et chez 17 pour 100 des malades traités par les frictions et les injections à la fois. La proportion des albuminuries parmi les 79 syphilitiques femmes a été de 25 pour 100 chez les malades soumises aux frictions et de 3,9 pour 100 chez les malades traitées par les injections de sels de mercure. Ces chiffres montent donc que l'albuminurie d'origine mercurielle n'est pas très rare chez les syphilitiques. **Lewin** a pourtant affirmé n'avoir jamais observé d'albuminurie chez les syphilitiques qu'il a eu l'occasion de mercurialiser, aussi **Fubringer** croit-il que la prédisposition individuelle doit jouer un grand rôle dans l'apparition de l'albuminurie chez les syphilitiques traités par le mercure.

Nous citerons encore avec quelques détails la communication d'**Israël** sur un cas d'**anévrysme de la branche terminale de la fémorale profonde**. Il s'agit d'une femme de soixante-deux ans, entrée à l'hôpital pour une tumeur qui occupait le tiers supérieur de la face postérieure de la cuisse gauche. La tumeur était arrondie, bosselée, d'une dureté rugueuse dans certains endroits, molle dans d'autres, donnant en somme l'impression d'un sarcome, mais présentant des pulsations, et un souffle doux à l'auscultation. On fait la ponction avec un trocart et il sort un jet de sang noir. Incision ; et la tumeur une fois mise à nu on trouve qu'elle se compose de deux parties : une supérieure formant un sac rempli de sang et de caillots, l'autre inférieure constituée par un série de cavités communiquant entre elles et remplies d'un sang liquide. Le diagnostic ne faisait dès lors aucun doute : il s'agissait d'un anévrysme. La tumeur fut extirpée, mais son extirpation a été rendue fort difficile par la présence du nerf sciatique qui la traverse de part en part. La malade guérit. L'examen de la pièce montra que la tumeur était un anévrysme de la branche terminale de la fémorale profonde L'artère poplitée était intacte.

AUTRICHE

Parmi les communications faites à la Société impériale royale des médecins de Vienne, deux seulement sont à citer avec quelques détails.

La première est celle d'**Englisch** sur la **cowpérite et son traitement**. En voici l'essence :

La cowpérite se développe presque toujours au cours de la blennorrhagie chronique, et principalement chez les individus tuberculeux ou à prédisposition tuberculeuse. Elle évolue d'une façon subaiguë, chronique. Cependant parfois, il survient une poussée aiguë, des abcès périglandulaires, des phlegmons, etc. La complication la plus digne d'intérêt est la formation de fistules, laquelle formation ne procède jamais d'un processus aigu, mais est le résultat d'une inflammation périglandulaire subaiguë ou de la rupture de kystes par rétention des conduits excréteurs de la glande. Lorsqu'on incise ces fistules, on trouve presque toujours au fond une masse spongieuse, débris de la glande, pouvant à son tour devenir le point de départ d'une nouvelle poussée aiguë. D'où le précepte pratique : extirper toujours et à tout prix les débris de la glande si l'on veut obtenir la guérison radicale, définitive de la fistule.

La seconde communication que nous tenons à citer a été faite par **Schneyer** et se rapporte à un cas d'**hystérie simulant l'ostéomalacie**. L'histoire est en effet fort curieuse et non moins instructive. Une jeune femme, à la suite d'un traumatisme, présente des phénomènes de myélite qui, au bout de quelque temps, font place à ceux de l'ostéomalacie, sauf la déformation des os. On donne du phosphore et l'on pousse le traitement spécifique si loin, qu'un beau jour la malade est prise de phénomènes d'intoxication, et lorsque ceux-ci sont conjurés, on trouve, à la grande surprise, à côté des anciens signes d'ostéo-malacie (sensibilité des os, paralysie du psoasiliaque, phénomène des adducteurs, exagération des réflexes, etc.), on trouve toute la gamme des stigmates de la grande névrose : hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, abolition unilatérale du sens de la gustation, etc. Aussi Schneyer n'hésite plus à ranger sa malade dans la catégorie des hystériques, l'absence des déformations osseuses et l'échec de la médication par le phosphore lui faisait rejeter le diagnostic d'ostéo-malacie chez une hystérique.

Telles sont les deux communications intéressantes. Voici le titre des autres : Un cas de **mélanose arsenicale** chez un individu atteint de lymphadénomes multiples et traité par la liqueur de Fowler — présentation faite par **Schlesinger**. **Kollisch** a exposé une **nouvelle pathogénie de la goutte** ; la goutte résultat d'une autointoxication par les corps alloxuriques résultant de la décomposition des nucléo-albumines et non éliminées par les reins. M. **Porges** enfin a relaté un cas de **résection large de l'estomac** pour squirrhe, avec guérison non démentie depuis cinq ans.

Au Club médical de Vienne, la communication de **Follez** sur un **nouveau procédé de dosage du mercure dans l'urine**, mérite d'être citée en premier lieu. Le nouveau procédé est basé sur les affinités que l'or possède pour le mercure. On doit procéder de la façon suivante :

Pour faire une analyse qualitative, on prend de 100 à 300 centimètres cubes d'urine, puis on ajoute 2 grammes de poudre d'or (préparée par un procédé spécial, pour lui donner le maximum de pouvoir amalgamant), et de 1 à 3 centimètres cubes d'acide chlorhydrique concentré. On chauffe le mélange et on ajoute 2 à 3 centimètres cubes d'une solution saturée fraîche de chlorure d'étain. Lorsqu'il se forme un précipité floconneux d'hydrate d'oxyde d'étain, cela prouve qu'on a employé trop peu d'acide chlorhydrique. Cette erreur est facile à corriger. On ajoute ensuite au liquide chauffé à 70 ou 80 degrés, en le remuant, 30 à 50 centimètres cubes de la solution de chlorure d'étain ; on chauffe, en remuant, durant cinq minutes, puis on laisse reposer pendant quelques instants ; on décante alors le liquide qui est au-dessus de l'amalgame, on lave ce dernier plusieurs fois avec de l'eau distillée jusqu'à ce que l'eau ne donne plus la réaction du chlore ; on ajoute, à l'amalgame épuré, trois ou quatre gouttes d'une solution concentrée chaude d'acide nitrique ; on additionne le tout de quelques gouttes d'eau, et enfin on y ajoute une quantité égale de chlorure d'étain.

Pour faire l'analyse quantitative, on n'a qu'à peser séparément l'amalgame et l'or, après en avoir séparé le mercure. Malgré l'emploi de l'or, ce procédé n'est pas plus coûteux que les autres, parce que ce métal reste inaltéré et peut servir à de nombreuses analyses.

Signalons enfin, à la même Société, la communication de **Franckel** sur la **substance active de la glande thyroïde** qui, d'après ses recherches, ne serait pas une substance albuminoïde comme on l'a cru jusqu'à présent. Cette substance aurait les mêmes propriétés que la glande thyroïde en nature, et agirait comme cette dernière chez les animaux thyroïdectomisés.

Répertoire thérapeutique

Faut-il donner du fer aux chlorotiques ? Tel était le sujet d'un rapport qui a été discuté au Congrès de Munich au début de cette année. A toutes les objections posées par les physiologistes, réponse victorieuse a été donnée par les cliniciens, pour qui le fer semble être, d'après leur pratique journalière, un véritable spécifique des états chlorotiques.

Administré dans les cas de chlorose et dans les anémies, le fer serait résorbé et déposé dans le foie, la rate, la moelle osseuse, pour être utilisé au fur et à mesure des besoins de l'organisme. Mais, toutes les préparations ferrugineuses n'agissent pas de la même façon, et la vieille médication martiale a éprouvé bien des échecs.

D'après M. Hayem, le rôle des ferrugineux est des plus douteux, et rien ne vient prouver expérimentalement que le fer, introduit dans l'organisme, soit en nature, soit sous forme de sels, se trouve réellement utilisé à refaire l'hémoglobine du sang. L'hémoglobine en solution, qui très probablement pénètre vite dans la circulation générale et est assimilée, nous paraît être la meilleure forme.

Le procédé qu paraît, à première vue, le plus simple pour utiliser l'hémoglobine dans le traitement de la chlorose et de l'anémie, est l'administration de sang frais pris en nature. Cette méthode est connue depuis longtemps, et Bouchardat recommandait l'usage du sang de veau, pris à l'abattoir, dans les convalescences, particulièrement chez les enfants. Mais, si le sang contient de l'hémoglobine, il renferme aussi bien d'autres substances, dont quelques unes, telles que la lécithine, la cholestérine, les acides biliaires, l'acide hippurique, l'urée, etc., lui communiquent une odeur et une saveur désagréables, et en rendent la digestion difficile. Le sang est donc un mauvais médicament, malgré l'avantage qu'on trouve à utiliser, comme ferrugineux, l'hémoglobine qu'il renferme.

On est ainsi tout naturellement amené à employer l'hémoglobine elle-même, fer physiologique animalisé, n'exigeant pas de transformation pour s'assimiler. L'hémoglobine, matière colorante du globule rouge, est un sel de fer qui se différencie de tous les autres par sa propriété curieuse de posséder un pouvoir respiratoire. Ce corps, en effet, s'oxydant dans le poumon, se transforme sans cesse en oxyhémoglobine, et fait pénétrer dans les tissus, par la circulation artérielle, des quantités considérables d'oxygène.

Reste la question de préparation qui offre de grosses difficultés, ce produit étant extrêmement fragile et altérable.

M. V. Deschiens, ingénieur, bien connu par ses travaux de chimie et de physique médicales, a imaginé un moyen pratique d'extraire du sang des animaux une hémoglobine suffisamment pure. Son procédé, présenté à la Société de thérapeutique par M. Dujardin-Beaumetz, en juillet 1885, consiste à isoler et à rompre par l'action simultanée du vide et du froid, les globules du sang des animaux de boucherie.

Dans quelles conditions d'administration et de posologie peut-on utiliser l'hémoglobine dans la pratique ? D'après Bouchardat, les doses courantes acceptées pour l'usage des ferrugineux sont les suivantes :

	Centigr.	Correspond. à fer :
Fer réduit	5 à 30	5 à 30
Citrate de fer	5 à 50	1,25 à 12,50
Tart. ferrico-potassique .	25 à 50	6 à 12
Protochlorure de fer . .	5 à 15	2,50 à 6,50

M. Deschiens s'est proposé d'administrer sous la combinaison hémoglobine, essentiellement assimilable, des quantités de fer égales à celles que l'on trouve dans les produits ci-dessus indiqués. Dans ce but, il a fait préparer un sirop contenant par cuillerée à soupe 2 gr. 50 d'hémoglobine (soit 1 centigramme de fer) ; un vin contenant, par verre à madère, 3 grammes d'hémoglobine (soit 1 centigr. 1/4 de fer) ; des dragées dosées à 25 centigrammes d'hémoglobine (soit 1 milligramme de fer) ; de l'hémoglobine granulée, dont chaque cuillerée à café renferme 2 grammes d'hémoglobine (équivalent d'une cuillerée à bouche de sirop).

Les préparations d'hémoglobine de Deschiens, ont été expérimentées pendant plus d'une année dans les hôpitaux Cochin, Lariboisière, Lourcine, la Charité, la Pitié, Beaujon, les Enfants-Malades, et ont donné des résultats extrêmement favorables. Dans les cas nets de chloro-anémie, la numération des globules accusait une progression hebdomadaire de 4 à 500,000 hématies (par millimètre cube).

L'expérimentation a été étendue à un certain nombre de phtisiques, qui s'en sont très bien trouvés et ont recouvré de l'appétit.

Ajoutons enfin qu'un des plus précieux avantages de l'usage de l'hémoglobine, c'est que ce médicament n'a pas, comme presque tous les ferrugineux, l'inconvénient de produire la constipation chez ceux qui en font usage.